FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1920-1921 2e Série N° 149

La Stomatite Mercurielle
ET SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

ANDRÉ (Pierre-Marie-Émile)

Né le 31 Août 1892

A TANTONVILLE (MEURTHE-&-MOSELLE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. L. SPILLMANN,	professeur.	*Président*
ETIENNE,	professeur.	*Juges.*
RICHON,	agrégé.	
FAIRISE,	agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0066

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1920-1921 2e Série N° 149

La Stomatite Mercurielle
ET SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

ANDRÉ (Pierre-Marie-Émile)

Né le 31 Août 1892

A TANTONVILLE (MEURTHE-&-MOSELLE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. L. SPILLMANN,	professeur.	*Président*
ETIENNE,	professeur.	*Juges.*
RICHON,	agrégé.	
FAIRISE,	agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, O ✻, I ⊛.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⊛.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⊛.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✻, I ⊛, NICOLAS, ✻, I ⊛
PRENANT, ✻, I ⊛, F. GROSS, O ✻, I ⊛ M. CHRÉTIEN, I ⊛, HERGOTT, ✻, I ⊛

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✻, I ⊛.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ⊛.
Hygiène	M. MACÉ, ✻, I ⊛.
Physiologie	M. E. MEYER, O ✻, I ⊛.
Clinique médicale	M. SIMON, ✻, I ⊛.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ⊛.
Clinique ophtalmologique	M. N...
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✻, I ⊛.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✻, I ⊛.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✻, I ⊛.
Clinique médicale	M. ETIENNE, ✻, I ⊛.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✻, I ⊛.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✻, I ⊛.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, ✻, I ⊛.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ⊛.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊛.
Histologie	M. COLLIN, ✻, I ⊛.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✻, I ⊛.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✻, I ⊛.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✻, I ⊛.

Chargés de cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, ✻, I ⊛, agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, ✻, I ⊛, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ⊛.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✻, I ⊛, agrégé libre.
Pathologie interne	M. RICHON, ✻, I ⊛, agrégé libre.
Accouchements (Cours théorique)	M. S. REMY, A ⊛, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ⊛, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ⊛, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✻, I ⊛, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✻, I ⊛, agrégé.
Pathologie externe	M. G. BINET, I ⊛, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. CAUSSADE, A ⊛, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice.

MM. ROBERT, I ⊛.	MM. J. PARISOT, ✻, I ⊛.	MM. JOB, ✻, A ⊛.
BINET, I ⊛.	FAIRISE, A ⊛.	JEANDELIZE, A ⊛.
PERRIN, I ⊛.	CAUSSADE, A ⊛.	P. MATHIEU, A ⊛.
THIRY, ✻, I ⊛.	BARTHÉLEMY, ✻, A ⊛.	

Agrégés libres.

MM. G. GROSS, ✻, I ⊛, FÉVRIER, G O ✻, I ⊛,
G. MICHEL, ✻, I ⊛, RICHON, ✻, I ⊛, S. REMY, A ⊛, BUSQUET, I ⊛.

M. H. COIFFARD, I ⊛, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, M, I ⊛, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

Faible témoignage de profonde affection et d'infinie gratitude.

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. SPILLMANN
Professeur de clinique
des maladies syphilitiques et cutanées,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses conseils.
Témoignage d'extrême reconnaissance.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ETIENNE,
Professeur de clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHON,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE,

Qui m'ont fait le grand honneur d'accepter de juger ce modeste travail.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

En hommage de respectueuses reconnaissance.

La Stomatité mercurielle et son Traitement

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où « l'apparition d'une légère rougeur et tuméfaction des gencives suivie d'un peu de salivation avec gonflement et rétraction des papilles gingivales » (Finger) était le signe indispensable d'une cure mercurielle efficace.

Actuellement, au contraire, nous cherchons à éviter avec soin ces symptômes avant-coureurs des stomatites plus graves.

Cependant trop fréquemment encore nous avons constaté à la suite de l'application des traitements mercuriels l'apparition de la stomatite : accident toujours plein de fâcheuses conséquences et pour le malade et pour le médecin.

La stomatite mercurielle grave est heureusement devenue une exception. Les « stomatites historiques » de Fournier n'existent plus qu'accidentellement : mais bien plus fréquentes sont les stomatites d'intensité moyenne allant de la gingivite à l'ulcération, en général plutôt bénignes mais alarmant quand même les malades et créant dans leur esprit une véritable

phobie des traitements mercuriels. « ... Il subsiste à l'esprit de bon nombre de malades une certaine terreur à l'endroit des stomatites. Dès qu'il est question de traitement mercuriel, il en est bien peu qui ne s'alarment « Et mes dents?... elles vont sans doute tomber. » Il en est de même des cheveux, mêmes craintes exprimées. C'est le mercure qui reste le grand coupable de ces méfaits » (Spillmann).

Cependant à l'heure actuelle, pour des raisons d'ordre éminemment pratique, il nous est impossible d'abandonner les traitements mercuriels et en conséquence d'éviter radicalement les stomatites mercurielles, car le mercure reste et restera probablement longtemps encore le complément indispensable des traitements arsenicaux dans toutes les phases de la syphilis, et actuellement la grande majorité des syphiligraphes continue à l'employer concurremment aux dérivés de l'arsénobenzol.

D'ailleurs le mercure (et en particulier l'huile grise) jouit d'une vogue qui s'est affermie de jour en jour. On doit à ce sujet se rallier à l'opinion de M. Brocq, sanctionnée par le Professeur Fournier : « Ce qu'on ne peut nier, ce que tout praticien doit savoir, c'est que c'est incontestablement (le traitement par l'huile grise) le procédé de beaucoup le plus commode pour traiter une syphilis chez tous les gens occupés, peu soigneux, chez tous ceux qui veulent cacher leur maladie. En particulier c'est le procédé idéal pour toute la basse classe, pour la population ouvrière. C'est ainsi que nous pouvons traiter avec efficacité, sûreté et sans douleur des syphilitiques qui, sans cela

ne se traiteraient qu'incomplètement ou même pas du tout. C'est la méthode usuelle de traitement de la syphilis chez les ouvriers et chez les personnes trop occupées ».

Il faut bien savoir que c'est cette méthode qui provoque aujourd'hui la plupart des accidents à localisation buccale et en particulier ces stomatites tardives qui peuvent apparaître 6 semaines et plus après la dernière piqûre.

Ainsi l'importance des accidents de stomatite n'a été nullement diminuée par l'emploi des nouvelles médications arsenicales et les applications thérapeutiques des 606, 914, 1116.

Les théories pathogéniques basées sur des recherches toutes récentes nous offrent des ressources prophylactiques et thérapeutiques d'un intérêt tout spécial.

Actuellement on doit savoir que la stomatite mercurielle est évitable et connaître parfaitement les moyens qui permettent de l'éviter.

Si par suite de faute ou de négligence de la part du malade ou du médecin, les accidents de déclarent, on doit instituer vivement le traitement efficace qui amènera la guérison des lésions dans le plus bref délai possible.

Avant d'aborder l'étude des divers traitements de cette affection, il nous a semblé intéressant de faire l'historique de la stomatite mercurielle et de reprendre ensuite les différentes théories pathogéniques émises à ce sujet en insistant sur les plus récentes sur lesquelles sont basés les traitements prophylactiques et

curatifs, qui feront l'objet d'un chapitre spécial. Des observations de malades traités de différentes manières et recueillies en grande partie dans le service de M. le Professeur Spillmann terminent ce travail.

De nombreuses descriptions de stomatites mercurielles existant, les anciennes ne différant que très peu des récentes, il nous avait tout d'abord semblé superflu d'insister sur la symptomatologie de cette affection que l'on trouve parfaitement traitée dans tous les ouvrages de pathologie buccale et auxquels il n'y a rien à ajouter, si ce n'est peut-être que les localisations les plus fréquentes ne sont pas toujours celles que certains auteurs ont bien voulu décrire : ces localisations dérivant des théories pathogéniques et variant avec chacune d'elles. Néanmoins, nous avons intercalé pour fixer les idées, dans le cours de notre travail, un chapitre résumé de symptomatologie.

Le diagnostic s'impose en temps que gingivo-stomatite consécutive à un traitement mercuriel et après examen minutieux de la cavité buccale et une étude approfondie des antécédents thérapeutiques. Cependant il prendrait une importance toute particulière dans le cas où on le ferait avec celui de plaques muqueuses de la cavité buccale, car si les lésions sont d'origine mercurielle le traitement devrait être suspendu, au contraire si les lésions sont syphilitiques, le traitement devrait être renforcé. Le diagnostic avec les autres stomatites ulcéro-membraneuses a beaucoup moins d'importance depuis les récentes théories pathogéniques qui les montrent comme étant des fuso-

spirilloses présentant des identités tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue histologique. Le traitement à appliquer à chacune d'elles ne variera donc pas.

CHAPITRE I[er]

HISTORIQUE

Il semble que la connaissance de l'action toxique du mercure remonte à une antiquité très reculée.

La stomatite mercurielle en temps que manifestation d'intoxication mercurielle doit être contemporaine des temps où le métal fut découvert et surtout de l'époque où l'on trouva le moyen de l'extraire de son minerai le cinabre. Déjà en Grèce cette découverte était connue quatre siècles environ avant l'ère chrétienne : elle se trouve mentionnée dans les écrits de Théophraste. L'exploitation des mines de mercure d'Espagne paraît avoir commencé 300 ans environ avant J.-C.

Dioscoride, qui vivait au 1[er] siècle, décrit le mercure comme un poison violent et le proscrit de la médecine.

Après lui, Galien et tous les médecins grecs et latins qui en font mention le considèrent comme un poison redoutable.

Ces opinions se retrouvent jusqu'au X[e] siècle. A ce moment une réaction en faveur du mercure se pro-

duit; elle est due aux médecins arabes, en particulier Rhazès et Mézué (Merget) qui s'en servirent en composant des onguents destinés aux traitements de la vermine et de la gale.

Avicenne, à la fin du X^e^ siècle (980-1037) constate que le mercure « rend l'haleine fétide », détermine de la paralysie et du tremblement. Il introduit dans la pratique médicale les sachets en peau pleins de mercure que l'on portait suspendus au cou, comme spécifique contre la gale.

Alsaharavius décrit le premier fort complètement les ulcérations de la bouche, l'angine mercurielle et la salivation (Merget).

Constantinus Africanus (1), à la fin du XI^e^ siècle, introduit en Europe l'usage du mercure et il signale les dangers qu'en présente l'usage : « ... *Unde plurimum incidunt in paralysium trémorem, sudorem et inanimatæ actionis corruptionem et habent pessimum odorem et putridem os et siccitatem cerebri* ».

A la fin du XI^e^ siècle tous les médecins européens font entrer le mercure dans la pratique courante, surtout en frictions, dans tous les cas d'affections cutanées ou comme parasiticide.

A la fin du XV^e^ siècle, vers 1494, éclate en Europe la grande épidémie : le mal vénitien appelé aussi mal français. Comme beaucoup de symptômes du début de cette maladie se rapprochaient de ceux des affections cutanées qui étaient à ce moment traitées par des frictions mercurielles, les médecins de l'époque furent tout naturellement conduits à user vis-à-vis du

(1) In De morb. cogn. et curat. lib. IX, p. 103).

nouveau mal des mêmes méthodes de traitement.

En 1494, Grünpeck de Burchaüsen et Widmann de Michinger appliquent les frictions mercurielles au traitement de la vérole.

Jean de Vigo généralise l'emploi des onguents mercuriels (Merget).

La thérapeutique prend alors une telle extension que les doses primitives prudentes sont dépassées; on ne tarde pas à voir apparaître les accidents les plus graves de ptyalisme, d'ulcères de la bouche, de tremblements et de paralysies.

Ulrich de Hütten (1) qui fut soumis à ce traitement a laissé la description des souffrances endurées : « ... Les malades en ayant les dents ébranlées ne pouvaient s'en servir. Comme leur bouche n'était qu'un ulcère puant et que leur estomac était affaibli, ils n'avaient plus d'appétit... j'en ai vu mourir plusieurs au milieu du traitement.....; j'en ai vu d'autres suffoqués par le gonflement de la gorge et d'autres qui sont passés par une difficulté d'uriner ».

Au commencement du XVI[e] siècle, Fernel (1497-1558) et Matthiole (1501-1577), qui furent les grandes célébrités médicales de l'époque, montrent que le mercure est bien la cause des accidents produits. On cesse dès ce moment d'utiliser le mercure. Cet arrêt dans la thérapeutique mercurielle ne dure pas et la friction recommence à être en faveur : on l'applique cependant avec plus de méthode en s'arrêtant aux premiers symptômes de salivation.

(1) In De quaj. méd. et morb. gall. Luisinus (Lib. I, cap. IV).

Nous trouvons dans Matthiole (1) le passage suivant au sujet des accidents auxquels sont exposés les ouvriers chargés de l'extraction du mercure : « ... *Non solum hujus habitus noxa, anhelosi sunt qui hauserint, sed plerumque dentes universas, ut quidam apertissime testantur, qui spreto narium et oris velamento, ut caeteris videantur fortiores edentuli prorsus facti sunt continuto tremore convulsi* ».

C'est à cette époque que l'on administre également le mercure par voie digestive sous forme de pilules. Les fameuses pilules de Cheireddin, dit Barberousse, roi d'Alger, dont, dit-on, fit usage François I^er^, étaient composées de mercure, de rhubarbe, d'aloès, d'ambre, de myrrhe et de mastic (Le Blaye).

Le XVII^e^ siècle est pauvre en documents :

Etmuller (1) (1671) s'exprime ainsi sur le compte de l'intoxication des doreurs et des orfèvres : « *Nervis mercuris est inimiscissimus ita ut tremores manuum paralysim contracturas etc... Aurifabris submasci quotidie observemus ut nihil dicam de attenuatione corporis a salivatione nimiâ mercuriali excitatâ* ».

Le traité de Ramazzini traduit en français par Fourcroy : « Essais sur les maladies des artisans » (1777) consacré aux maladies des mineurs, doreurs, étameurs de glaces, contient des descriptions de stomatites.

Au XVIII^e^ siècle nous trouvons un travail du Docteur Scopoli qui fut pendant 6 ans médecin des mines de mercure d'Idria. Il y figure une description très exacte des troubles morbides auxquels les mineurs

(1) In Comment. in lib. Dioscor (Lib. V, cap. LXX).
(1) In De Vertigine (T. I. cap. VIII).

sont exposés et en particulier des affections de la bouche.

Au XIX[e] siècle un accident resté légendaire dans l'histoire du mercure attire l'attention de nouveau sur les manifestations d'intoxication produites par le métal.

En 1810 un bateau anglais *The Triumph* entrait dans le port de Cadix dont les batteries étaient occupées par des Français; un navire espagnol était échoué sous ces batteries; le *Triumph* se porte à son secours et recueille à son bord 130 tonnes de mercure qui était contenu dans des vessies. Les vessies pourrirent et le mercure s'échappa dans la cale et dans toutes les parties du *Triumph*. Trois semaines après, 200 hommes de l'équipage étaient pris de salivation, atteints d'ulcères de la bouche et de la langue et frappés en plus ou moins grand nombre de paralysies. Le vaisseau fut conduit à Gibraltar, délesté, lavé, nettoyé; on échangea les provisions et les objets d'équipement; malgré cela les matelots éprouvèrent encore de la stomatite et du ptyalisme pendant le retour à Cadix. Deux hommes moururent des suites de l'intoxication.

En 1840, Lambron présente à la Société anatomique de Paris la tête d'un chat ayant succombé à la stomatite par suite de frictions mercurielles.

Küssmaùl, en Allemagne, étudie le mercurialisme chez les individus astreints par profession à manier journellement le mercure; il remarque que l'absorption se fait de trois manières : par contact avec la peau, par inhalation et déglutition de poussières et par inhalation de vapeurs, impliquant toujours comme

phénomènes primitifs des troubles du côté du tube digestif : stomatites et salivation, crises gastriques et catarrhe intestinal, puis seulement des troubles d'innervation.

En 1888 il faut signaler l'important travail de Merget sur le mercure et les vapeurs mercurielles et auquel nous avons emprunté des documents intéressants relatifs à l'historique de la question.

Nous arrivons aux travaux contemporains qui ont fait l'objet durant ces vingt ou trente dernières années de théories pathogéniques bien diverses quant à l'action du mercure sur la cavité buccale.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Fournier divise la stomatite mercurielle en trois formes. Cette division est restée classique et nous nous bornerons à reprendre les symptômes tels qu'il les a décrits :

I. — *Stomatites partielles.* — Ces stomatites légères et partielles sont les stomatites d'alarme indiquant l'imminence de la 2e et de la 3e forme. Ces stomatites partielles revêtent 4 types principaux.

a) Premier type. — Il y a déchaussement de la gencive qui touche la dernière grosse molaire inférieure sur sa face distale. La dent se déchausse et il apparaît une languette rouge effilée, flottante en arrière d'elle : c'est le décollement rétromolaire. La lésion peut être bilatéral ou limitée à un seul côté correspondant au décubitus habituel du malade. Ce stade passe souvent inaperçu et du médecin et du malade.

b) Deuxième type : Gingivite périphérique. — Une gingivite qui se produit autour d'une dent cariée,

d'une vieille racine, d'un fragment de couronne cassée, d'un vieux chicot, constitue ce 2e type. L'inflammation s'accroît en ce point de moindre résistance.

c) Troisième type : Gingivite médiane inférieure. — Mode le plus fréquent de début de la stomatité mercurielle. Au niveau du collet des incisives médianes inférieures, puis des incisives latérales inférieures, se fait le processus initial. Les dents sont cerclées au niveau du repli gingival et sur la face vestibulaire seulement, d'un liseré rouge de gencive irritée et boursoufflée. En appuyant avec le doigt sur la gencive on fait soudre au collet de la dent une goutte de liquide séro-purulent.

A ce stade les malades accusent un léger agacement des dents, des douleurs à la mastication, une saveur métallique, leur haleine a une odeur spéciale, aigrelette.

d) Quatrième type : stomatite génienne. — La stomatite se localise à un seul côté de la bouche. Selon Ricord cela était dû à l'action de la stagnation de la salive du côté du décubitus habituel du malade. La paroi de la joue est excoriée, ulcérée, le malade ressent une sensation de cuisson, de brûlure et accuse un peu de salivation. Si les accidents s'aggravent on arrive à la forme suivante :

II. *Stomatite moyenne et généralisée.* — Selon Fournier constituée par 4 ordres de symptômes.

1° Inflammation intense de toute la muqueuse buccale. Ayant cependant son maximum au niveau des

trois points d'élection décrits dans la forme I. Les gencives sont rouges foncé, boursouflées, tuméfiées, les dents semblent déchaussées. Sur la muqueuse gingivale il se produit des excoriations, des érosions ou même des ulcérations qui donnent souvent lieu au cours de la mastication à des hémorragies au moindre contact irritant. La muqueuse jugale est œdémateuse et présente par place des ulcérations. Les arcades dentaires y sont marquées en creux. La langue est augmentée de volume, tuméfiée, douloureuse; le malade peut difficilement la mouvoir; la face dorsale est d'une blancheur neigeuse; les bords portent l'impression des arcades dentaires. Les dents déchaussées sont recouvertes d'un enduit limoneux et fétide que l'on peut enlever facilement. Le pharynx, les piliers du voile, les amygdales sont normaux. Le mercure respecte l'arrière-bouche, disait Fournier.

2° Adénopathie sous-maxillaire très marquée, souvent les glandes sous-maxillaires et les parotides sont prises et la face présente un aspect qui rappelle celui des oreillons. Lorsque la stomatite est unilatérale la tuméfaction peut être unilatérale de même que l'adénopathie.

3° Fétidité de l'haleine qualifiée par Fournier de révélatrice (diagnostic).

4° Salivation très marquée qui constitue un des principaux signes de la stomatite Hg. moyenne; la quantité rendue en 24 heures est de 1 litre environ. Salive épaisse, blanchâtre, filante, le malade crache continuellement.

5° Douleurs souvent très vives, spontanément s'exa-

gèrent au contact; la mastication est impossible, la parole gênée.

6° L'état général est très touché : anorexie, anémie, état nerveux, agitation ou prostration, pas de fièvre le plus souvent.

III. *Stomatite intense et généralisée.* — Plus rare qu'autrefois. Elle ne possède pas de signes propres. C'est la forme vue à la loupe de la précédente (Fournier). La langue est doublée ou triplée de volume et pend hors de l'orifice buccal. Des ulcérations profondes recouvertes d'un enduit putrilagineux siègent sur toute la muqueuse : gencives, joues, langue, lèvres.

Ces ulcérations peuvent aller jusqu'à la gangrène de la bouche : la langue et les joues pouvant se sphacèler. L'haleine a une odeur excessivement fétide, la salivation peut atteindre 4 litres. Le malade ne peut ni manger ni déglutir, ni parler. Les douleurs sont intenses. L'état général est mauvais. Des troubles nerveux surviennent : anémie, fièvre, souvent diarrhées profuses. Fréquemment les dents tombent en partie. En général l'évolution se fait vers la guérison.

IV. *Stomatite historique.* — C'est la stomatite d'une grande gravité avec ulcérations profondes, pénétrantes, phagédéniques. On la trouve décrite dans tous les anciens auteurs. Il survenait des hémorragies considérables : la chute des dents, la nécrose des maxillaires (Nous avons pu observer un cas de stomatite grave avec nécrose du maxillaire).

A côté de ces formes classiques, il faut citer les formes de stomatite tardive propres aux injections

d'huile grise et de sels insolubles. C'est brusquement, longtemps après cessation du traitement qu'appa raissent les accidents. Selon Lalanne les sels insolubles s'enkystent dans les tissus, puis sous l'influence d'une cause telle qu'un traumatisme ou l'administration d'iodure de potassium, il peut y avoir rupture de ces kystes dont le contenu est brusquement mis en liberté dans l'organisme.

Milian a rangé dans les « stomatites mercurielles frustes » des formes chroniques caractérisées par un liseré mercuriel et des érosions dentaires au niveau des collets. Le déplombage des dents serait fréquent au cours de la stomatité fruste, c'est-à-dire que les obturations à l'amalgame ne résisteraient pas et tomberaient.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

La pathogénie des accidents de stomatite mercurielle est un des points les plus intéressants de la question; elle a soulevé de nombreuses controverses et actuellement, malgré les recherches effectuées, demeure encore dans une obscurité relative.

Nous ne rappellerons que pour mémoire l'opinion des anciens auteurs qui attribuaient la stomatite mercurielle à une action directe du métal au moment de l'ingestion. Merget a essayé d'appliquer cette interprétation aux accidents buccaux produits par les frictions. .... « Comme les dents sont à une température plus basse que celles des vapeurs saturées émises aux aisselles, elles jouent par rapport à ces vapeurs le rôle de corps froids sur lesquels s'opère la condensation et leur face antérieure se recouvre ainsi d'un dépôt de fines gouttelettes de mercure que le frottement des lèvres ramène constamment vers le collet des dents où elles vont finalement se réunir dans le sillon formé par le repli gingival. Là ces gouttelettes se trouvent en contact immédiat avec le périoste

alvéolo-dentaire par rapport auquel elles jouent le rôle de corps étrangers et sur lequel elles paraissent exercer une inflammation plus ou moins intense qui est le point de départ de l'affection buccale ».

Nous passerons en revue les différentes théories pathogéniques en commençant par la théorie toxique pour arriver aux théories microbiennes et fuso-spirillaires en particulier, à peu près universellement admise aujourd'hui.

Théorie toxique. — Assez récemment encore il était classique d'admettre que le mercure après avoir imprégné l'organisme agissait sur la muqueuse buccale en s'éliminant par les glandes salivaires. Miahle admettait que l'élimination du métal sous forme de bichlorure était la cause unique de l'hypersécrétion et partant cause directe de l'excitation sécrétoire. Cette salive avait un pouvoir irritant vis-à-vis de la muqueuse buccale.

Brasse et Wirth concluaient après divers calculs très contestables que l'élimination salivaire du mercure était égale à la différence entre la quantité de métal absorbé et la quantité éliminée par l'urine ne tenant pas compte de ce qui pouvait tre éliminé par l'intestin.

La salive contient incontestablement du mercure dosable par les analyses chimiques. A ce sujet Severino indiquait un moyen simple et expéditif de rechercher le mercure : il consiste à toucher les dents du malade légèrement avec un tampon imbibé de teinture d'iode; on fait cracher et on examine les

points touchés. Si le malade est saturé de mercure les dents prennent une coloration rosée due à la formation de biiodure de mercure. Malheureusement cette réaction a été contestée : Lagarde à ce sujet dit : « Il nous a semblé que la production d'une teinte légèrement rosée s'observait quelquefois, mais qu'elle était en rapport bien moins avec le degré d'intoxication mercurielle qu'avec l'abondance plus ou moins grande de tartre dentaire ».

En résumé on ne peut nier que la salive des sujets soumis à un traitement hydrargyrique contient du mercure, mais cela ne prouve pas que la quantité soit suffisante pour troubler la vitalité des tissus.

Beaucoup de médecins admettent encore que la fonction sécrétoire des glandes salivaires est troublée (ptyalisme) par l'élimination de la substance toxique malgré la réfutation classique de Trousseau et Piroux :

« Il y a, il est vrai, après administration du mercure hypersécrétion des glandes salivaires, mais entre ce phénomène et l'emploi des mercuriaux existe l'inflammation des gencives qui seule est exclusivement la cause de la salivation... phénomène commun à toutes les phlegmasies de la membrane muqueuse buccale, à toutes les irritations vives opérées sur cette membrane... Si le mercure avait une action spéciale sur les glandes salivaires de la bouche, ce qui ne s'observe jamais, nous la verrions survenir nécessairement quand nous continuons longtemps l'action des mercuriaux. Or, avec quelque opiniâtreté que l'on insiste sur les préparations hydrargyriques, jamais on

ne détermine la salivation qu'au préalable les gencives soient gonflées. »

D'ailleurs l'absence de parotidite semble indiquer que les glandes salivaires ne sont pas profondément altérées par l'élimination du mercure.

Ricord cependant a prêté l'autorité de son nom à l'affirmation que les lésions buccales se produisaient avec prédilection dans les régions où séjourne la salive : la stomatite restant limitée au côté de la bouche correspondant au décubitus latéral habituel.

L'action irritante de la stagnation salivaire était donc prouvée? Plusieurs auteurs ont démontré qu'il n'y avait là qu'une hypothèse et qu'elle ne résistait pas à l'examen des faits. Le rôle vecteur de produits mercuriels toxiques attribués à la salive est réfutée par le fait que la ligature du canal de Sténon chez le chien semble favoriser la stomatite plutôt que de la retarder ou de l'en empêcher (Exp. Le Blaye).

On sait actuellement qu'il y a toujours une cause d'irritation locale qui est le point de départ de la stomatite et non les points de prédilection où séjourne la salive : c'est un capuchon muqueux recouvrant une dent de sagesse et formant dans sa cavité un foyer infectieux. C'est un fragment carié qui blesse la muqueuse la plus proche.

Si en aucun point nous ne trouvons de lésions de ce genre, la gingivite se produit au niveau des concrétions de tartre qu'entourent le collet des dents au contact du rebord muqueux.

Un autre argument en faveur de l'action toxique du

mercure est que lorsque l'on en supprime l'administration les accidents rétrocèdent.

On ne peut nier que le mercure ne soit une cause de la stomatite, mais l'inflammation buccale n'est jamais fonction de la dose absorbée.

Letulle a voulu soutenir la théorie toxique : « Si la pathogénie de la stomatite mercurielle doit tenir compte de la préexistence des lésions gingivales à l'intoxication hydrargyrique, elle ne peut pas ne pas mettre largement en cause l'irritation pathogénique provenant du mercure éliminé par la muqueuse buccale », et plus loin il cherche à individualiser un type clinique propre aux intoxications par le mercure. Il met en parallèle la fréquence de la stomatite mercurielle vis-à-vis des autres gingivo-stomatites; la gravité de la stomatite mercurielle comparativement à la bénignité de la plupart des autres : « on aura, dit-il, une indication, toujours une présomption, mais indéniable en faveur de l'individualité d'une stomatite redoutable et particulière aux malades intoxiqués par le mercure ».

Or, dans la stomatite mercurielle on trouve tous les degrés de gravité des autres stomatites primitives.

De plus, la stomatite ulcéreuse et le noma sont actuellement considérés comme deux affections identiques, comme deux degrés de gravité d'une même maladie malgré Bergeron qui n'admettait pas cette fusion : on considère actuellement une fuso-spirillose ulcéreuse ou maladie de Bergeron et une fuso-spirillose gangréneuse ou noma).

On retrouve dans la stomatite mercurielle la forme

gangreneuse correspondante au noma malgré que Fournier l'ait qualifiée d'historique, la forme ulcéreuse et la gingivite ordinaire qui est si répandue chez les malades peu soigneux de leur bouche.

Baûm reprend la théorie toxique en attribuant la perte de vitalité des tissus à la thrombose des vaisseaux. Cette thrombose étant directement la conséquence du mercure. Il est difficile de comprendre pourquoi cette action se limiterait toujours à la cavité buccale.

Ses constatations histologiques ont été précisées par Letulle : « Les lésions anatomo-pathologiques offrent elles-mêmes des caractères assez précis, voir même assez différentiels, pour permettre de caractériser la stomatite mercurielle. Les escharres ont un aspect identique à toutes celles qu'une affection quelconque peut occasionner dans la muqueuse buccale, cependant on y observe au milieu des tissus mortifiés des vaisseaux artériels ou veineux atteints d'endo-vasculaire végétante, indice d'un processus de réaction subaiguës subie par les tissus avant leur destruction par les toxines nécrosantes... Seul le mercure peut occasionner de pareils désordres absents dans les infections aiguës habituelles de la cavité bucco-pharyngée ».

Comme le fait remarquer Le Blaye, qui a repris les examens histologiques des lésions de stomatite mercurielle, on ne trouve jamais de thrombose vasculaire loin de la zone gangreneuse, même sur les veinules.

Il serait donc beaucoup plus logique d'attribuer ces

lésions non comme le fait primitif, mais comme la conséquence d'un processus infectieux.

Almkwist donne de nouvelles explications pathogéniques en faveur de la théorie toxique :

« Les modifications dégénératives des tissus peuvent être expliquées par les dépôts de sels de mercure. Comme on voit que la paroi vasculaire est transformée par le sulfure de mercure en un tuyau rigide et imprégné, il est à supposer que cet état porte un préjudice grave à la nutrition des tissus et contribue pour le moins à la nécrose. »

Ce serait l'hydrogène sulfuré dégagé dans l'intestin qui déterminerait les accidents de colite par formation de sulfure de mercure. Comme cet H^2S peut aussi se produire dans la bouche, bien qu'en très faibles quantités, les accidents se feraient de la même façon.

Elbe s'est élevé contre les affirmations d'Almkwist; les pigments qu'il a observé présentaient les réactions des sels ferriques et pense qu'ils dérivent de l'hémoglobine.

Le Blaye, reprenant les expériences, se rallie à l'opinion d'Elbe.

Les principaux arguments fournis par les partisans de la théorie toxique ne sont pas très solides et trouvent à être facilement réfutés.

Cette théorie soulève encore des objections : le rôle des dents par exemple ne s'explique nullement : « Comment de simples soins de propreté pourraient-ils, en quelque manière que ce soit, dimnuer l'action irritante supposée du mercure? » (Lagarde).

« On peut soumettre un enfant qui n'a pas encore

de dents à un traitement mercuriel intensif, jamais il ne présentera de salivation mercurielle ni de stomatite. »

« Prenez un vieillard auquel il ne reste plus une seule dent, faites-lui prendre des préparations mercurielles, il n'aura non plus ni salivation ni stomalite. » (Galippe).

De plus, l'action thérapeutique locale des antiseptiques mercuriels dans la stomatite est bien réelle. Les résultats obtenus par les gargarismes au sublimé sont bien probants : ils ont été préconisés par Lanz, de Renzi, Lebedinski.

Il serait peu probable si la théorie toxique était exacte qu'ils puissent guérir les lésions; ils ne feraient tout au moins que de corroder un peu plus la muqueuse, surtout à la concentration à laquelle on les emploie.

Théorie infectieuse. — Galippe s'appuyant sur des arguments presque tous cliniques se fait le défenseur de la théorie infectieuse. Dans son mémoire il démontre la nature microbienne de la stomatite mercurielle, sans cependant rechercher si tel ou tel des nombreux saprophytes de la bouche ne devait pas être susceptible d'acquérir à un moment donné une virulence capable de lui confier une action pathogène.

Les auteurs qui, après Galippe, écrivirent sur cette question, acceptèrent ses idées et il devint classique d'attribuer les affections buccales dues au mercure au polymicrobisme de la bouche.

Les principaux arguments à faire valoir pour défendre la théorie infectieuse sont assez frappants pour qu'il soit inutile de les développer longuement.

Le rôle des dents dans la production de la stomatite a été remarqué depuis longtemps. Les mineurs ne craignent plus les accidents buccaux quand ils ont perdu toutes leurs dents. De même, en ce qui concerne les tout jeunes enfants et les vieillards édentés. Galippe interprète ainsi ces faits : « La non production de la gingivo-stomatite en dehors de l'existence des dents n'est point actuellement très facile à expliquer; on peut supposer que la gencive par son bord libre sert d'habitat à des parasites disparaissant avec lui parce qu'ils ne trouvent plus de conditions favorables à leur développement ». Le rôle des microbes du tartre dentaire est encore confirmé par le fait que des dents couvertes de tartre non nettoyées sont toujours le point de départ des accidents de stomatite.

L'action favorable des antiseptiques mercuriels paraissait bien anormale avec la théorie toxique, elle s'explique clairement avec la théorie microbienne.

Les recherches sur le rôle antiseptique de la salive sont peu probantes étant trop contradictoires D'après Hardy (1890) certaines réactions ($H^2 O^2$ et NH^3) manquaient dans la salive des sujets atteints d'hydrargyrisme. Depouy nie la présence de $H^2 O^2$ dans la salive normale. Hugenschmidt admet un rôle chimitactique positif de la salive à l'égard des leucocytes Prost et Lemaire nient complètement l'action bactéricide de la salive.

La tendance ulcéreuse des lésions, le retentissement

ganglionnaire, l'état général sont encore d'autres faits en faveur de la théorie microbienne.

La contagion de la maladie, signalée par Diday et par Snœck prouve réellement l'hypothèse d'infection.

Cependant certains faits cadrent mal avec l'évolution de l'infection banale : l'infection buccale est à peine pyogène; on ne trouve dans l'exsudat que très peu de leucocytes.

La tendance ulcéreuse est particulière, on est frappé dans les cas non gangréneux par les lésions en surface, sans tendance à gagner la profondeur.

L'adénopathie peut paraître légère en rapport avec l'étendue des lésions et des désordres locaux, les ganglions ne suppurent jamais.

La fièvre peut manquer dans les cas graves; le malade même très gravement atteint n'a pas les symptômes d'une scepticémie ou d'une pyohémie.

Le cobaye et le lapin soumis à des doses croissantes de mercure finalement mortelles ne présentent jamais de stomatite mercurielle. On peut objecter qu'ils ont des dents saines, cependant leurs gencives servent d'habitat à une foule d'espèces microbiennes.

Donc l'hypothèse de la nature infectieuse banale polymicrobienne de la stomatite mercurielle laisse des points obscurs et ne satisfait pas complètement.

La théorie fuso-spirillaire que nuos allons exposer s'adapte beaucoup mieux aux faits cliniques et à l'évolution des lésions.

Théorie fuso-spirillaire. — Cependant les bactériologistes avaient poursuivi l'étude des microbes de la

bouche, et parmi ceux-ci des spirilles avaient attiré leur attention. Bergeron fait examiner un de ses malades par Pasteur qui constate la présence de spirilles à la surface des ulcérations.

La première description de la symbiose fuso-spirillaire est due à Miller, symbiose qui devait être étudiée plus tard par Vincent.

Deux ans après et presque en même temps, Bernheim, Vincent et Abel trouvaient la symbiose fuso-spirillaire dans les stomatites et angines ulcéreuses.

On ne devait pas tarder à faire pour la stomatite mercurielle les mêmes recherches que pour les stomatites primitives. Lesueur est le premier auteur qui signale la présence du bacille fusiforme et du spirille dans les lésions de stomatite mercurielle.

Rona étudiant plusieurs cas de stomatite mercurielle paraît mettre nettement en cause le bacille fusiforme.

Vincent étudiant 5 cas de stomatite y trouve de nombreux bacilles fusiformes, mais toujours accompagnées d'autres microbes, et ne semble pas leur donner un rôle prépondérant : « Contrairement, dit-il, à ce qu'on observe dans les stomatites ulcéro-membraneuses et dans l'angine que j'ai décrite, les fuso-spirilles, malgré leur grande abondance, ne revendiquent pas exclusivement le rôle pathogène de ces stomatites secondaires.

Lagarde, en 1911, examine 28 cas de stomatite mercurielle ulcéreuse; il montre qu'on trouve toujours à la surface des ulcérations le bacille fusiforme en grande abondance, accompagné soit par des spirilles

de Vincent, soit par un fin spirille en virgule identique à une espèce décrite par Miller.

Histologiquement Rona, le premier, trouve le bacille fusiforme sur les coupes histologiques et voit que ce microbe pénètre profondément les tissus et y végète en abondance. Il démontre que son développement se fait de la même manière dans la stomatite primitive, l'angine de Vincent et le noma.

Le Blaye a montré de la même manière que Vincent a indiqué pour la pourriture d'hôpital et Rona pour la plupart des fuso-spirilloses que le bacille fusiforme pénétrait dans les tissus et végétait en grande abondance dans la profondeur de la zone de sphacèle.

En outre, comme Veszpremi l'a fait pour les autres spirilloses, il indique que le spirochète de Vincent pénètre les tissus plus loin que le bacille fusiforme. « On trouve le spirochète dans presque toute l'épaisseur de la zone inflammatoire; il s'y trouve disséminé et réparti d'une façon irrégulière... Il pénètre bien plus profondément que le bacille et il semble à ses localisations que ce soit lui qui détermine les réactions inflammatoires... On est ainsi amené à penser que son rôle prime celui du bacille, l'action pathogène de ce dernier lui étant peut-être subordonnée ». Actuellement ces données bactériologiques sont nettement confirmées par les succès obtenus par l'application du traitement par l'arsénobenzol.

Au point de vue clinique la nature de l'adénopathie, l'aspect des ulcérations, des plaques de gangrène, la salivation, l'état général, tout concorde entre les différents degrés de la stomatite mercurielle et ceux des

stomatites primitives depuis la gingivite jusqu'au noma.

Rien en résumé ne permettant de distinguer la stomatite primitive de la stomatite mercurielle, ni au point de vue clinique ni au point de vue histo-bactériologique; nous sommes en droit de conclure que la stomatite mercurielle est bien une fuso-spirillose.

Nous pouvons, dès lors, supposer que le mercure a une action analogue aux autres facteurs étiologiques qui président aux fuso-spirilloses, mais peut-être plus puissante.

Nous nous rallions à ce sujet à l'opinion de Cruet : « La stomatite mercurielle constitue en nosologie une mauvaise appellation en ce qu'elle n'indique pas la vraie nature de l'affection, mais seulement un de ses facteurs étiologiques puissants... Je propose de désigner l'affection sous le nom de stomatite ulcéro-membraneuse mercurielle ».

Par quel mécanisme le mercure agit-il?

La virulence des germes est-elle augmentée?

La force de résistance du sujet est-elle diminuée?

Les observations de contagion publiées par Diday et Snœck sont en faveur de l'exaltation de la virulence des germes microbiens, mais il est très possible et même probable que cette augmentation de virulence n'est pas primitive et qu'elle résulte des conditions plus favorables à la multiplication de ces parasites.

On pourrait donc rechercher l'action du mercure dans les modifications de l'état de résistance du sujet.

Il résulterait des expériences de Maurel que le mer-

cure diminue l'énergie leucocytaire : le bichlorure de mercure injecté dans le sang du lapin diminue son énergie leucocytaire; l'inoculation comparative de microbes pathogènes sur des lapins normaux et sur des lapins mercurialisés a montré que sur ces derniers l'influence des microbes pathogènes est infiniment plus appréciable. Maurel pense que le mercure administré à fortes doses laisserait le champ libre aux nombreux microbes de la bouche.

Or, chez l'homme intoxiqué par le mercure on ne remarque pas de tendance à contracter plus tôt une maladie infectieuse quelle qu'elle soit.

Il faut donc croire à une action élective à l'égard de certains agents virulents, en particulier l'association fuso-spirillaire.

La diminution de l'énergie leucocytaire n'est pas satisfaisante. Le Blaye expérimentant sur des lapins, cobayes, chiens, n'a pas abouti à provoquer de stomatite chez le lapin et le cobaye, même à doses progressivement mortelles; chez le chien, à doses 5 à 10 fois plus fortes par kilog que les doses thérapeutiques employées chez l'homme, il survint une légère gingivite suivie au bout de quelques jours de plaques gangreneuses.

Il y a donc autre chose qu'une diminution d'énergie leucocytaire.

Möller a montré que les malades atteints d'angine de Vincent sont très fâcheusement influencés par le mercure — Les porteurs de fuso-spirilloses sont sujets aux accidents les plus graves sous l'action des doses thérapeutiques les plus faibles de mercure.

D'autre part, Le Blaye a montré que certains animaux réfractaires aux fuso-spirilloses étaient réfractaires à la stomatite mercurielle, que le chien faiblement réceptif à l'association fuso-spirillaire a besoin de fortes doses de mercure pour qu'on voie surgir chez lui les accidents buccaux.

La gravité de la stomatite mercurielle est en raison directe de la réceptivité à l'égard des fuso-spirilles Il résulte des expériences de Le Blaye que le mercure augmente d'une façon élective la réceptivité vis-à-vis certains agents virulents : ainsi le cobaye et le lapin non réceptifs au fuso-spirille sont réfractaires à la stomatite mercurielle, le chien, peu réceptif, a besoin de hautes doses de mercure, l'homme, très réceptif, spontanément fait des complications buccales graves sous l'influence de doses parfois minimes de mercure.

Ehrlich a introduit le mot tropisme pour désigner la faculté qu'ont certains médicaments chimiques de se fixer sur les micro-organismes. Il dit : « Il y a un tropisme du 606 pour le tréponème, le 606 est spécifique non dangereux pour les organes, parce qu'il est parasitotrope et non organotrope ».

Il faut distinguer deux choses dans le tropisme; il y a des substances capables de se fixer sur les microbes pour les détruire et il y a des substances capables de se fixer sur ces microbes pour exalter leur virulence. Ce qui fait dire à Milian qu'il y a deux variétés de tropisme : le biotropisme et le nécrotropisme; le biotropisme où le médicament chimique se fixe sur le microorganisme pour exalter sa vie, par conséquent sa virulence; le nécrotropisme où le médi-

cament amène la mort du microorganisme. Le mercure est biotrope pour certains micro-organismes tels que celui de l'ozène : cette infirmité s'accentuant au cours d'un traitement mercuriel; il est biotrope pour les associations fuso-spirillaires qui prolifèrent abondamment dans les cas de stomatite mercurielle.

Il résulte de ce qui précède que l'état d'infection préalable à la muqueuse buccale, en particulier l'infection par la présence d'éléments fuso-spirillaires est indispensable pour produire la stomatite mercurielle.

Cependant cet état infectieux de la bouche peut parfois à lui seul produire une stomatite (stomatite des enfants, des soldats, « trench mouth », signalée par les médecins anglais pendant la guerre), la stomatite ulcéro-membraneuse, en tous points semblable à la stomatite mercurielle et cela sans traces de mercure.

Mais le mercure provoque toujours l'aggravation rapide de l'état infectieux préalable de la bouche, c'est l'étincelle qui allume l'explosion et qui provoque l'apparition des ulcérations par suite du « biotropisme » envers les fuso-spirilles.

Le mercure seul sans l'intervention des éléments microbiens, en particulier dans une bouche aseptique, ne pourra jamais provoquer, même à dose toxique mortelle, l'apparition de la stomatite mercurielle.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Il nous faut envisager le traitement de la stomatite mercurielle, 1° au point de vue préventif ou prophylactique au cours de l'application d'une thérapeutique mercurielle, et 2° au point de vue curatif, traitement proprement dit lorsque les accidents de stomatite ont fait leur apparition.

1° Traitement prophylactique.

La prophylaxie acquiert ici une importance considérable et toute particulière, car la stomatite mercurielle est évitable si le malade veut bien s'astreindre à suivre quelques préceptes d'hygiène et de thérapeutique dans la voie desquels le médecin devra savoir le guider tout en le surveillant.

Il résulte des dernières théories pathogéniques exposées antérieurement que l'état antérieur d'infection plus ou moins prononcé de la cavité buccale joue un rôle capital dans la production de la stomatite mercurielle.

Le mode de traitement idéal serait de rendre la

cavité buccale stérile, aseptique, et nous pourrions alors sans crainte de stomatite faire prendre au patient des doses même toxiques de mercure.

Ce but étant pratiquement irréalisable, nous allons étudier les différents procédés pouvant aboutir à une asepsie relative en combattant surtout les microorganismes les plus dangereux à notre point de vue : les associations fuso-spirillaires. Or, ces microbes se trouvent à l'état normal dans la cavité buccale en plus ou moins grande quantité selon l'état de propreté de la bouche.

En 1912, Thibeaudeau observe chez des étudiants la présence dans les marges gingivales de divers spirochètes, même chez des sujets dont les rebords gingivaux étaient sains en apparence. Il faut donc admettre qu'il existe quantité de porteurs de germes qui feront sous l'influence d'un traitement mercuriel des spirochetoses aiguës de la cavité buccale.

Aussi, en présence d'un malade que l'on a l'intention de soumettre au traitement mercuriel, le médecin devra, s'il veut avoir toutes chances d'éviter la stomatite, prendre les mesures prophylactiques que nous allons exposer dans les paragraphes suivants.

En premier lieu le malade sera envoyé au spécialiste stomatologiste qui procèdera à un examen complet et minutieux de la cavité buccale.

Nous savons que toute cause de stagnation alimentaire, tout dépôt tartrique au niveau des collets favorise la multiplication des microorganismes. En conséquence, les dents seront soigneusement nettoyées à l'aide des instruments à détartrer; aucune particule

de tartre ne sera tolérée tant au niveau des collets que sur la dent elle-même. Ce nettoyage sera suivi d'un brossage énergique à la brosse circulaire enduite de ponce porphyrisée et d'une application d'acide chromique : un léger attouchement à l'aide d'un fil de platine ou d'une mince spatule qu'on insinuera entre la gencive et le collet, d'une solution d'acide chromique diluée (1 goutte d'acide chromique déliquescent pour 2 ou 3 gouttes d'eau distillée).

Si les gencives étaient relâchées et irritées, renouveler ces applications à 2 jours d'intervalle.

Les dents présentant des points de carie seront traitées : la dentine infectée sera reséquée. S'il y a pulpite, le bourgeon pulpaire infecté sera détruit ou reséqué, les canaux nettoyés, aseptisés et obturés. Pendant le traitement les obturations doivent être faites provisoirement, car il se produit parfois, bien plus fréquemment que chez les sujets sains, des complications d'arthrites.

Nous nous sommes bien trouvés de l'emploi de la pâte eugénol, oxyde de zinc, dans tous les cas de traitement des dents de malades mercurialisés.

Les racines, les chicots seront extraits et la cavité alvéolaire sera touchée à la teinture d'iode fraîche et dédoublée.

Tous autres foyers infectieux pouvant exister dans la cavité buccale seront traités. En conséquence on soignera :

La pyorrhée ou polyarthrite alvéolo-dentaire;

Les accidents muqueux de la dent de sagesse;

Les arthrites alvéolo-dentaires aiguës ou chroniques

selon les méthodes employées en stomatologie et qu'il est superflu de décrire ici.

Le nettoyage de la bouche étant fait, le malade devra s'astreindre à maintenir pendant tout le cours de son traitement mercuriel sa bouche dans un état d'asepsie aussi parfait que possible. C'est en cela que son éducation est trop souvent rudimentaire, le médecin n'insistant pas suffisamment sur ces soins de propreté et d'antisepsie et surtout sur la technique de ces pratiques.

C'est ici un important chapitre du traitement prophylactique : et un léger effort de la part du médecin et surtout de la part du malade, contribueraient à éviter bien des accidents désagréables.

La propreté de la cavité buccale sera entretenue par le brossage des dents et de la sertissure gingivale péridentaire, des parois vestibulaires des joues et de la face dorsale de la langue.

Ce brossage sera fait à la toilette du matin, après le repas de midi et après le repas du soir. Il sera complet : c'est-à-dire commencé par la face vestibulaire des dents que la brosse frottera dans le sens vertical, de la gencive à la face occlusale pour nettoyer convenablement les espaces interdentaires et ne pas léser la sertissure gingivale, ensuite continué par la face linguale en adoptant la même méthode, puis terminé par la face triturante.

Pour être efficace, le brossage exige l'emploi d'une brosse dure. On proscrira absolument les brosses douces ou les brosses en caoutchouc, même si les gencives se trouvent légèrement irritées au début de ces soins.

Pour parfaire le travail purement mécanique de la brosse on conseillera toujours l'emploi d'un dentifrice. On préconisait il y a peu de temps encore les poudres dont voici quelques formules :

Poudre de charbon porphyrisée Poudre de quinquina..... Essence de menthe Q. S.	aâ 60 gr.

Fournier.

ou bien :

Poudre de quinquina..... Poudre de cachou.....	aâ 15 gr.
Poudre de tanin.....	1 gr.
Essence de menthe V gouttes...	

(Panas.)

ou encore :

Cab. de CaO précipité.....	50 gr.
Carb. de Magnésie.....	20 gr.
Poudre de racine d'iris.....	20 gr.
Carmin N° 40 porphyrisé.....	1 gr.
Ess. de menthe (Mitcham).....	0 gr. 50
Menthol cristallisé	0 gr. 50
Ess. d'anis vert de Russie.....	1 gr.
Ess. de girofle de Bourbon.....	0 gr. 10
Ess. de géranium du Midi.....	0 gr. 05

Quand tout est mélangé ajouter avec précaution :

Chlorate de potasse.....	10 gr.

pulvérisé très finement à part. Tamiser au tamis de crin 5 à 6 fois pour bien répartir le chlorate. N'employer que le carb. de CaO obtenu par précipitation et des poudres impalpables passées au tamis de soie N° 120.

(Cerbelaud.)

ou encore :

Chlorate de potasse.....	
Craie	aà 15 gr.
Poudre de quinquina jaune..	
Salol	2 gr.
Parfumer.	(Gaucher.)

Mais les savons sont considérés actuellement comme de beaucoup préférables. Le meilleur et le plus parfait est sans contredit le savon ordinaire. Mieux que tout autre dentifrice il pénètre dans les anfractuosités multiples de la bouche, il alcalinise le milieu, émulsionne les graisses, agit d'une façon mécanique, entraînant les détritus alimentaires et les cellules de l'épithélium desquammées. Si, à cause de sa saveur peu agréable il n'est pas employé sous forme de savon de Marseille ordinaire, il entrera en forte proportion dans les savons dentifrices parfumés. De plus, il est le meilleur vecteur pour transporter les topiques au contact des microorganismes réfugiés dans les parties inaccessibles de la cavité buccale.

On a associé le savon à un grand nombre de produits; parmi les différentes formules trouvées dans la littérature, nous en avons retenu un certain nombre qui méritent l'attention.

D'après Cerbelaud :

Carmin N° 40 pulvérisé.....	0 gr. 15
Savon desséché pulvérisé.....	30 gr.
Carb. de chaux précipité.....	60 gr.
Glycérine neutre à 30°.....	Q. S.
Essence de Badiane.....	2 gr. 5
Menthol cristallisé	0 gr. 10

Essence de menthe.....	2 gr.
Essence de girofle.....	0 gr. 50
Essence de canelle.....	0 gr. 25
Essence de rose.....	0 gr. 15.

Mélanger poudre de savon à carbonate de chaux et carmin, tamiser, mettre au mortier, ajouter parfum, glycérine, triturer et couler en boîtes.

On peut combiner savon et poudre. Voici une excellente formule de Paul Duret, très bien tolérée, antiseptique par formation d'eau oxygénée neutre à l'état naissant et de formol naissant :

Carmin	0 gr. 25
Fluorure de Na pur.....	1 gr.
Urotropine	2 gr.
Perborate de soude	5 gr.
Savon pulvérisé	30 gr.
Carb. de CaO	20 gr.
Carb. de Magnésie.....	10 gr.
Essence de canelle.....	0 gr. 50
Menthol	2 gr.
Essence d'anis	2 gr.
Ess. de menthe.....	2 gr.
Saccharine	0 gr. 50

F. Kraûss préconise un savon dont la formule est la suivante :

Carb. de Magnésie.....	aâ 5 gr.
Iris de Florence.....	
Talc	
Savon médicinal	
Ess. de menthe poivrée.....	X à XX gouttes
Mucilage de gomme arabique.....	Q. S.

Frohmann nous donne une formule excellente qui

a le seul inconvénient d'être, comme toutes les préparations à base de ratanhia, de ternir passagèrement les dents; formule recommandée par lui dans les cas de stomatite mercurielle déclarée :

Thymol	0 gr. 25
Extrait de ratanhia	1 gr.
Faire dissoudre dans :	
Glycérine chaude	6 gr.
Ajouter :	
Magnésie calcinée	0 gr. 50
Bic. de soude	4 gr.
Savon médicinal	30 gr.
Ess. de menthe poivrée	1 gr.

Unna, se basant sur les expériences de Miller (1), d'après lesquelles le chlorate de potasse sous forme de gargarismes ne possède pas des propriétés antiseptiques suffisantes, propose pour stériliser le milieu buccal, d'employer un savon dentifrice contenant le chlorate incorporé dans la proportion de 50 %.

Lanz confirme l'excellente action du chlorate sous cette forme et nous empruntons à Mikulicz et Kümmel (2) la formule suivante :

Chlorate de potasse	20 gr.
Savon médicinal	10 gr.
Carb. de chaux	20 gr.
Ess. de menthe poivrée	XV gouttes
Ess. de girofle	IV gouttes
Glycérine	Q. S.
Faire une pâte.	

Nous nous en voudrions de ne pas signaler ici le

(1) Mündpflege und Kalichloricum.
(2) Die Krankheiten des Mündes (Iena), 1898.

savon au sublimé préconisé par le Docteur Chompret qui a fait l'objet d'un C. R. à la Société de Stomatologie du 10 juillet 1898, et qui a eu une grande vogue. M. Chompet utilise du savon de Marseille soigneusement neutralisé et additionné de bichlorure de mercure dosé à 1/100e et parfumé. Il préconise l'emploi de ce savon pendant le traitement mercuriel, concurremment aux autres soins minutieux de la bouche, à titre préventif et comme complément du traitement curatif.

Cette formule a cependant été abandonnée malgré ses bons résultats pour une question de goût désagréable difficilement supporté par les malades.

Dans le même ordre d'idées nous tenons à signaler le résultat d'essais faits en utilisant comme dentifrice un savon contenant comme topique un produit à action effective directe sur les spirochètes et les associations fuso-spirillaires. Je veux parler du savon à l'Arsénobenzol (606).

Le 606 transporté par le savon dans toutes les anfractuosités de la cavité buccale arrive facilement au contact des spirilles qu'il tue. Ces germes sont seuls dangereux en ce qui concerne la production de la stomatite et nous atteignons donc directement le but poursuivi exposé au début de ce chapitre.

La formule de ce savon a été expérimentée et paraît assez stable (1). Elle ne paraît nullement irritante : nous l'avons utilisée à titre de dentifrice ordinaire et

(1) Cette formule nous a été donnée par le Docteur M. Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital Maritime de Berck-Plage, qui l'a expérimentée dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

nous n'avons jamais remarqué que nos gencives fussent irritées.

Si nous sommes plusieurs jours sans y toucher il se forme à la surface au contact de l'air une pellicule brunâtre assez mince qu'il suffit d'enlever pour retrouver le mélange intact en dessous. On ne remarque pas d'altération sensible si l'on s'en sert tous les jours.

Il semble que l'essence de girofle entrant dans la préparation a une action conservatrice sur le produit : le changement de coloration se fait bien plus vite si l'on n'en met pas.

La formule que nous employons et qui nous a donné de bons résultats est la suivante :

Salvarsan 606	3 gr.
Glycérine	60 gr.
Savon pulvérisé	20 gr.
Carbonate de chaux	Q. S.
	pour faire une pâte
Essence de girofle	X gouttes
Ess. de menthe	XX gouttes

Nous n'avons pas eu la possibilité de faire pratiquer des examens en ce qui concerne la variation de composition chimique du produit qui semble inévitable, du moins en partie au bout d'un certain temps. Il serait intéressant de savoir si le composé arsenical actif incorporé à la masse change au point de vue chimique. (Il nous a semblé que pratiquement l'action efficace sur les spirilles est conservée, puisque nous avons obtenu des résultats satisfaisants, mais est-ce toujours le Salvarsan qui agit?)

A ce point de vue si nous considérons les résultats acquis par les travaux les plus récents (1), nous voyons que l'action thérapeutique des arsenobenzènes relève de leur composition chimique : les arsénos inactifs *in vitro* deviennent spirillicides *in vivo* par transformation d'une faible partie de la substance injectée en un produit plus toxique, mais spirillicide. Cette transformation se fait par un simple processus d'oxydation et aboutit ainsi à un arsenoxyde spirillicide *in vitro* au 1/3.000.000e. Il n'est donc pas improbable que ce processus s'effectue d'une manière identique au contact de l'oxygène de l'air, masqué probablement par d'autres réactions plus complexes, mais qui laisse subsister le composé intéressant pour nous : le composé spirillicide.

A tous ces soins précédemment décrits on fera bien d'ajouter des lavages de bouche à l'aide d'une solution antiseptique.

Le chlorate de potasse a été préconisé à cet effet pendant bien longtemps, mais il semble que malgré sa grande vogue il n'ait pas donné tous les résultats désirables.

On emploiera de préférence un elixir dentifrice astringent :

Thymol	
Ess. de cannelle.....	aà 0 gr. 25
Ess. de girofle.....	
Saccharine	
Ess. de menthe.....	1 gr. 50

(1) Pomaret. Considérations biochimiques sur les arsenothérapies. *Thèse Paris* 1920.

Teint. de ratanhia..... 2 gr. 50
Alcool à 90°..... 100 gr.
(1/2 cuill. à café dans 1 verre d'eau bouillie.)
Hugenschmidt.

Ou bien :

Eau oxygénée à 40 %
(à raison de 2 cuillerées à bouche dans 125 gr. d'eau tiède contenant au préalable 1 à 2 gr. de bic. de soude en solution).

Une solution qui possède un pouvoir antiseptique bien plus considérable est la suivante, que l'on emploiera avantageusement dans les cas où l'on doit traiter énergiquement :

Formol à 40 %..... 2 gr. 50
Alcoolat de menthe..... 15 gr.
Eau distillée q. s. p. ..... 200 gr.
(1 cuill. à café dans 1 verre d'eau tiède.)

Citons encore le gargarisme à l'acétate d'lumine recommandé par Lanz.

Lassar à cet effet donne la formule suivante :

Liq. d'acétate d'alumine..... 300 gr.
Extrait de menthe poivrée..... 3 gr.
(1 ou 2 cuill. à café dans 1 verre d'eau tiède.)

Enfin une dernière formule selon Simon :

Eau de Botot..... 200 gr.
Alcool. de cochléaria..... 10 gr.
Teint. de quinquina..... 8 gr.
Teint. de cachou..... 4 gr.
Teint. de benjoin..... 2 gr.

La propreté de la cavité buccale étant assurée et entretenue il nous faut, au cours du traitement, sur-

veiller très attentivement la bouche du malade et surtout les gencives. A chaque intervention médicamenteuse rechercher les points d'élection de la stomatite aux endroits où la muqueuse paraît en état de moindre résistance par suite de toutes les causes qui ont motivé l'intervention du stomatologiste et suspendre le traitement mercuriel à la moindre menace de gingivite ou d'irritation suspecte de la muqueuse buccale.

Pour ne pas avoir à déplorer d'accidents tels que ceux que nous avons eu l'occasion d'observer chez un malade qui avait reçu 4 piqûres d'huile grise après que la stomatite était nettement déclarée et qui rapportait ces accidents à la syphilis elle-même, nous aurons soin de tenir le malade au courant des accidents qu'il peut faire, sans toutefois en exagérer l'importance; il sera amené ainsi à s'étudier lui-même minutieusement et à dénoncer au médecin les premiers symptômes de stomatite. De plus, il suivra avec beaucoup plus de soin toutes les prescriptions d'hygiène buccale qui lui auront été faites.

Si l'action du traitement mercuriel prescrit ne semblait pas suffisamment efficace ou semblait insuffisant, bien s'assurer que le malade absorbe les doses prescrites avant de les augmenter, on évitera ainsi bien des accidents buccaux.

Penser toujours aux susceptibilités extraordiaires, s'enquérir si le malade n'a pas une réceptivité spéciale vis-à-vis des fuso-spirilloses. Est-il sujet aux angines, aux amygdalites, à la pyorrhée alvéolo-dentaire?

S'assurer enfin que les émonctoires : rein et intestin sont suffisants. A ce sujet faire une analyse d'urine qualitative.

S'il y a albumine en rechercher chaque jour la quantité et faire le rapport azoturique $\frac{\text{Az urée}}{\text{Az total}}$ qui est normalement de 0,86 à 0,89.

Gaucher conseille alors :

Si R $<$ 80 ne pas faire de traitement Hg.

Si R $>$ 80 commencer par de faibles doses.

Enfin il semble prouvé que les eaux sulfureuses préviennent les accidents d'hydragyrisme et de préférence les saisons thermales à Uriages, Aix-les-Bains, Enghien, Aix-la-Chapelle, Barèges, Cauterets, Luchon, Aix-les-Thermes, Challes.

Il y a intérêt en période de traitement mercuriel et pour éviter la stomatite de faire prendre au malade matin et soir un verre à bordeaux d'eau d'Uriages chlorurée sulfurée ou de Luchon sulfurée sodique ou de Challes sulfurée iodurée bicarbonatée.

Cette sulfuration permettrait un traitement intensif, l'ingestion de doses plus fortes en facilitant l'élimination et en prévenant les accidents.

A défaut d'eau naturelle, Desmoulières donne la formule d'une eau artificielle :

Silicate de Na	0 gr. 10
Monosulfure de Na	0 gr. 10
Sulfate de Na	1 à 3 gr.
Chlorure de Na sec	6 gr. 50

Eau q. s. p. 1 litre.

(1 à 2 verres par jour.)

Gougerot emploie dans le même but le soufre précipité lavé à la dose de 1 à 4 gr. en cachets.

D'ailleurs la propriété du soufre colloïdal comme moyen préventif des stomatites mercurielles a été mise en valeur par Loper, Bergeron, Varham qui préconisent sous forme d'injections intra-musculaires ou veineuses un mélange colloïdal préparé par Dausse, de soufre et de mercure :

1/4 m. gr. de S. colloïdal.
1 m. gr. de Hg insoluble.
Injecter 1, 2, 3 cc. tous les jours ou tous les 2 jours.)

Récemment encore Robin, Maillard, Bouveyron, dans le même ordre d'idées, utiliseraient la propriété du soufre colloïdal comme moyen préventif de la stomatite. L'administration de ce médicament réalisant « la station sulfurée à domicile » aurait également une action thérapeutique sur les stomatites déclarées pris à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour.

Enfin pour terminer ce chapitre de prophylaxie nous insisterons sur la nécessité d'une bonne hygiène buccale en supprimant toute cause d'irritation locale : fumée de tabac, mets épicés, moutarde, vinaigre, alcool.

2° Traitement curatif.

Si malgré tout, pour une cause quelconque, négligence du malade ou du médecin, la stomatite se déclare, nous aurons à instituer au plus vite le traitement curatif :

1° En agissant directement sur la lésion;

2° En éliminant de l'organisme le mercure qui contribue à l'aggravation de la lésion.

Nous n'aurons recours à l'élimination du mercure que dans les cas graves de stomatites tardives; pour les cas bénins il suffira de suspendre le traitement.

Dans les stomatites légères on pourra se contenter selon le précepte de Fournier de cautérisations au nitrate d'argent, de lavages fréquents toutes les deux heures avec une solution antiseptique de chlorate de potasse à 50 % ou d'alun.

Ou mieux des gargarismes avec une solution d'eau oxygénée et des attouchements des gencives tuméfiées avec une solution d'acide chlorydrique à 1 p. 5. L'amendement est immédiat.

Dans les formes moyennes qui sont de beaucoup actuellement les plus fréquentes, nous pourrons essayer d'éliminer le mercure de l'organisme par des purgatifs alcalins ou des bains sulfureux. Citons à titre documentaire la méthode du Docteur Stepanow, de Moscou, qui a constaté que les bains d'air chaud accéléraient d'une manière surprenante l'élimination du mercure et qui les utilise pour traiter la stomatite : « La salivation diminue très rapidement après un ou deux bains et disparaît complètement si on les continue ». On peut donc contribuer par ce moyen à éliminer en grande partie le mercure de l'organisme.

Mais les remèdes locaux, sous forme de lavages antiseptiques et d'applications de topiques, sont dans cette forme moyenne, de beaucoup les plus importants.

Le chlorate de potasse a été très employé et l'est

encore trop actuellement; il est loin d'avoir la valeur que lui a légué la tradition et les observations montrent qu'il est bien inférieur à beaucoup d'autres antiseptiques.

Finger a préconisé l'emploi de :

Acide phénique	1 gr. 50
Alcool	aâ 75 gr.
Eau distillée	

(1 cuill. à café dans 1 verre d'eau en gargarismes.)

ou bien :

Créosote	10 gr.
Alcool	aâ 100 gr.
Eau distillée	

1 cuill. à café dans 1 verre d'eau.)

Le permanganate de potasse le cède comme efficacité aux autres remèdes (Niclot et Marotte), abstraction faite du dépôt brun foncé sur les dents et difficile à enlever, ce qui fait qu'on ne l'emploie guère.

Diday prescrit de tenir dans la bouche le plus souvent posible une gorgée de :

Eau distillée	200 gr.
Sulf. d'alumine	8 gr.

Plus actif serait le sublimé préconisé par de Renzi en solution à 1/1.000e. En 1888 il publie la guérison de stomatites mercurielles en 5 jours par l'emploi d'un collutoire au sublimé).

A. Wolff dit que le gargarisme au sublimé est capable de prévenir le développement de la stomatite mercurielle et si elle existe d'en produire rapidement la guérison (1).

(1) Lehrbuch des Hautkrankheiten (1893), Stuttgart.

Le Docteur Parfenowsky, dans son travail « Désinfection de la cavité buccale par les agents chimiques » (Saint-Pétersbourg, 1894) dit que le seul remède efficace pour désinfecter la cavité buccale dans le cas de stomatite mercurielle est le sublimé en solution relativement forte : 1/2.000e.

Dans le même but Galippe, Bergé préconisent la liqueur de Van Swieten étendue de 3/4 d'eau en lavages et badigeonnages, suivis d'un lavage à l'eau pure destiné à empêcher l'absorption du médicament, car il deviendrait par ce fait plus nuisible qu'utile.

L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments pour traiter localement la stomatite. Employée en lavages elle agit mécaniquement en débarrassant les sertissures gingivales péricervicales des produits de décomposition qui y séjournent. Elle désodorise l'haleine fétide typique de l'affection et amène en peu de temps la sédation des irritations.

Citons encore la solution d'hypochlorite de soude ou liqueur de Labarraque en gargarismes et lavages jusqu'à 10 % dans de l'eau tiède et qui nous a donné de très bons résultats, concurremment à l'emploi de la solution de bleu de méthylène.

En dehors des lavages, des gargarismes et des bains de bouche, les topiques utilisés localement varient selon les auteurs.

Fournier préconise :

Glycérine pure	30 gr.
Borate de soude	10 gr.

Selon Finger pratiquer des attouchements avec :

Teint. de noix de Galle.....	aà 30 gr.
Teint. de ratanhia.....	

Ou bien :

Teinture de cresson.....	aà 10 gr.
Teinture d'opium	
Eau distillée	20 gr.

Porter deux fois par jour sous les bords décollés des gencives la pointe d'un pinceau mouillé dans :

Miel Rosat	15 gr.
Acide chlorhydrique	1 gr.

Spillmann.

Badigeonnages à la teinture d'iode fraîche (Vincent).

Cautérisations au nitrate dargent en solution de 2 à 10 % (Simonin, Favre et Dreyfouss). Favre et Dreyfouss emploient la solution à 10 % sur un tampon de coton pour détergér énergiquement les ulcérations et badigeonnent ensuite avec une solution de bleu de méthylène à 1 %. Le traitement est renouvelé chaque jour et la plaie devient bientôt bourgeonnante. A ce moment l'enduit de putrilagineux qu'il était devient pelliculaire; ils emploient alors la solution de nitrate d'argent à 1 p. 30. (Ces auteurs emploient cette médication de préférence aux médications au Salvarsan pour des raisons d'ordre pratique).

L'acide sulfurique de Nordhausen et l'acide chromique déliquescent portés à l'aide d'une fine spatule ou d'un fil de platine au niveau des ulcérations et des rebords gingivaux ont été préconisés par Siredey. Ces médicaments sont encore très employés par bon nombre de stomatologistes.

Nous en avons fait l'essai et reconnus inférieurs à

l'acide chlorhydrique diluée à 1/4 ou 1/5, en applications directes et rapides sur les ulcérations à l'aide d'une simple boulette de coton imbibée et concurremment avec les lavages antiseptiques à l'eau oxygénée. La stomatite guérit radicalement en 3 ou 4 jours, quelquefois après un seul attouchement, à condition toutefois que ce traitement soit comme tous les autres précédé d'un nettoyage minutieux de la bouche et des dents.

Comme topique agissant bien dans la plupart des cas, indolore, non caustique et non toxique, nous citerons encore le chlorchromate du Docteur Gaillard. Il enraye rapidement les accidents tout en les calmant immédiatement. La formule est la suivante :

Eau distillée	100 gr.
Acide chlorhydrique pur.....	2 gr.
Bicarbonate de potasse.....	q. s. pour saturer

Badigeonner la muqueuse à l'aide d'un tampon de coton imbibé de cette solution sans se préoccuper outre mesure de ne pas toucher les parties saines. Après le badigeonnage, rincer la bouche à l'eau bouillie (d'autres composés : l'eau oxygénée par exemple donneraient une teinte noire). Dès le premier badigeonnage la souffrance disparaît et l'haleine perd sa fétidité (Dr A. F. Plicque) (1).

Le bleu de méthylène a été et est encore beaucoup employé avec succès dans les formes moyennes, soit en applications locales de poudre de bleu chimiquement pur porté directement sur les lésions à l'aide

(1) Journal de Médecine et de chirurgie pratiques (octobre 1920).

d'un tampon de ouate hydrophile (Siredey). La saveur désagréable du début disparaît vite après le premier lavage qui suivra quelque temps après le badigeonnage. Soit en application d'une solution hydro-alcoolique à 1 ou 2 %.

On constate par cette méthode une amélioration sensible au bout de 2 ou 3 applications journalières. L'emploi du bleu cause cependant quelques ennuis à cause de son grand pouvoir tinctorial. Le traitement a une apparence de malpropreté. Cependant il nous a toujours donné des résultats très satisfaisants dans les cas de stomatite d'intensité moyenne, employé comme topique en même temps que des lavages avec l'eau oxygénée diluée.

Nous citerons enfin l'emploi de l'arsenobenzol et de ses dérivés : la découverte de l'infection spirillaire constante dans les stomatites mercurielles a conduit à l'application directe de ces topiques sur les lésions de la cavité buccale ou indirecte par voie intraveineuse.

L'arsénobenzol avait été déjà employé en injections intraveineuses dans l'angine de Vincent, en Allemagne par Ehrlich, et déjà dans son esprit ce traitement s'étendait à toutes les affections à spirochètes.

Des essais furent faits par Gerber (cité par Gouget) sur les spirochètes parasites de la bouche et sans succès, il n'obtint qu'une immobilisation de quelques heures de ces micro-organismes; il ne s'en suivait pas que les spirilles des tissus ne devaient pas être atteints.

Ehrlich signale pour la première fois un cas d'angine de Plaut guérie en 4 jours par le 606. Rümpel en cite ensuite 7 cas. Le spirille disparaissait et le bacille fusiforme semblait ensuite se résorber.

En 1910, Gerber (1), médecin à Kœnigsberg, recommande l'emploi du 606 dans les angines, les stomatites ulcéreuses, le noma, le scorbut et les stomatites mercurielles.

C'est en 1911 qu'en France Achard étudie l'action du 606 sur les maladies fuso-spirillaires et préconise le traitement local.

Flandin en 1911 confirme l'emploi du 606 comme topique local.

C'est Le Baye (1912) qui montre le premier l'efficacité du traitement par le 606 de la stomatite mercurielle et Roger (1912), dans sa thèse, publie des cas de guérison obtenus par cette méthode. Chompret en 1912 et la même année Milian présentent des observations de stomatites mercurielles guéries par le 606. Queyrat en 1914 signale la guérison d'une stomatite ulcéro-membraneuse grave par des applications locales de salvarsan.

On a utilisé l'arsénobenzol et ses dérivés de façons assez diverses :

1° En injections intra-veineuses, lorsqu'elles sont praticables, semblent avoir une action très rapide et la guérison est amenée le plus fréquemment en quelques jours. Il est nécessaire d'appliquer ce mode de traitement dans les cas présentant une certaine gravité.

(1) Ueber die Wirkung der Ehrlich-Hatasehen Wittel auf die Mündspirochœten (*Deutch. méd. Woche*, 1910, n° 46).

2° En applications locales de solutions ou de poudres.

Les solutions suivantes ont été préconisées :

Glycérine	7 cc.
Eau	1 cc.
Néo	0 gr. 30

(Fournier)

ou bien :

Salvarsan	0 gr. 60
Eau salée physiologique	

(Achard).

ou :

914	0 gr. 60
Glycérine	6 gr.

Les applications de poudre sont les plus employées à l'heure actuelle. La difficulté de déposer le topique en poudre exactement aux endroits lésés et cela avec le moins de pertes possible a conduit à employer diverse méthodes :

On a préconisé l'emploi du tampon de ouate glycérinée, roulé dans la poudre de 606 ou 914, ou l'emploi d'un pinceau sec. Il en résulte une perte de produit assez considérable.

L'insufflation de la poudre est préférable à toute autre méthode, elle peut être faite à l'aide d'une instrumentation très simple. Nous nous sommes fréquemment servis d'un appareil basé sur le principe du pulvérisateur de poudre de Vincent employé aux armées. Cet appareil peut d'ailleurs bien servir pour l'application d'un grand nombre d'autres topiques au niveau de la cavité bucco-pharyngée. La seule

précaution importante à prendre est de recommander au patient de retenir soigneusement sa respiration pendant l'application pour éviter l'introduction dans les voies aériennes de particules de substance, ce qui provoque une toux excessivement intense.

D'ailleurs le léger nuage de poudre produit se dépose immédiatement dans l'atmosphère humide de la cavité buccale, la respiration n'est donc interrompue que très peu de temps.

Ces applications devront être faites après que l'on aura complètement détergé la surface des ulcérations de l'exsudat membraneux qui les recouvre. Les applications seront renouvelées tous les jours dans les cas graves et tous les 2 jours dans les cas de moyenne intensité.

Dans les cas graves certains auteurs ont préconisé l'emploi de l'iodoforme :

Mikuliez indique l'emploi, dans les cas d'ulcérations très étendues, de gaze iodoformée, bourrée dans les vestibules supérieurs et inférieurs et sur la face linguale du maxillaire inférieur.

Il semble néanmoins qu'il y ait avantage, dans ces formes graves, à employer l'arsénobenzol ou le néo en applications locales et en injections intraveineuses de doses faibles, combiné avec des lavages antiseptiques bleu de méthylène ou eau oxygénée. On arrivera ainsi à faire rétrocéder l'infection.

Dans les cas graves il faudra surveiller l'état général du malade. Comme la plupart de ces affections graves ont été causés par l'emploi de piqûres intramusculaires d'huile grise ou de sels insolubles il fau-

dra repérer les nodosités fessières par la palpation ou par l'exploration radiographique.

Les kystes localisés seront extirpés pour éviter d'entretenir la saturation en mercure de l'organisme et, par suite, d'accroître la virulence des fuso-spirilles et prolonger et aggraver par là les symptômes de stomatite. Le seul échec à éviter est de tomber dans la phase gangréneuse de l'affection buccale car, à ce moment, les arsenicaux n'ont plus aucune action efficace et le malade meurt rapidement d'adynamie.

CONCLUSIONS

La stomatite mercurielle, au cours d'un traitement hydrargyrique, est toujours la conséquence d'une négligence ou d'un défaut d'attention de la part du malade ou de la part du médecin.

Trop fréquemment elle est due à un défaut de technique : emploi de doses trop élevées de mercure; emploi de seringues de Lüer ou de Pravaz entraînant un mauvais dosage des préparations insolubles; production par ces préparations de nodules intra-musculaires enkystés dans les muscles fessiers.

Dans la plupart des cas elle est la suite fatale d'une hygiène préventive défectueuse ou même ignorée !

La stomatite mercurielle est donc évitable. Il faut à tout prix épargner les malades de cet accident qui peut avoir de graves conséquences.

Etant une fuso-spirillose, la stomatite mercurielle fait partie de la classe des spirochétoses et est justiciable des traitements généraux des spirochétoses.

Les moyens de traitement préventif sont simples et ne demandent qu'un peu d'attention de la part du malade et du médecin :

Aucun traitement mercuriel ne sera commencé

avant un nettoyage complet et absolu de la cavité buccale, sous peine de voir survenir les accidents de stomatite, quand bien même des soins antiseptiques de la bouche seraient pratiqués sous forme de lavages ou gargarismes.

Insister énergiquement auprès des malades sur la nécessité absolue de maintenir leur bouche dans un état de propreté constant.

C'est un devoir pour le médecin de faire l'éducation des malades en leur donnant les indications pratiques sur la façon la plus rationnelle d'effectuer le brossage des dents, d'exiger qu'ils pratiquent ces soins journellement, 3 fois au moins, et maintenir dans leur esprit la crainte de l'affection buccale.

Toutes les affections fuso-spirillaires de la bouche sont justiciables de la médication au salvarsan. En conséquence, le meilleur moyen prophylactique sera d'attaquer directement les spirochètes de la bouche avant que ceux-ci n'aient eu le temps de voir leur virulence exaltée par le mercure de l'organisme.

Pour cela, préconiser l'emploi journalier des savonnage de la bouche et des dents à l'aide d'une brosse imprégnée de savon dentifrice au salvarsan qui portera le topique dans toutes les anfractuosités de la muqueuse.

On arrivera ainsi à faire disparaître de la pratique courante une grande partie des stomatites mercurielles qui causent actuellement encore trop d'accidents.

En présence d'une stomatite déclarée, il faut, avant de commencer tout traitement curatif, et pour qu'il

soit efficace, faire immédiatement un examen de la cavité buccale et la mettre en état par un nettoyage soigneux, identique à celui préconisé au début du traitement préventif, faute de quoi les soins curatifs resteraient sans résultat pendant de longs jours, l'affection restant à l'état latent sans tendance à l'amélioration.

Supprimer naturellement le mercure de la thérapeutique antisyphilitique.

Instituer ensuite le traitement efficace et énergique :

Dans les stomatites légères : lavages de bouches et gargarismes à l'eau oxygénée diluée et attouchement des gencives à l'acide chlorhydrique étendue à 1/4 ou 1/5e.

Dans la stomatite de moyenne intensité : déterger les ulcérations à l'aide de tampons de ouate hydrophile imprégné de solution de nitrate d'argent à 1/100e puis pratiquer des attouchements des ulcérations à la solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène à 2 %, alternés avec des insufflations de poudre de 606 ou 914, à raison d'une application de bleu et d'une application de poudre de néo par jour.

Dans l'intervalle des applications locales de topiques faire pratiquer des lavages à l'eau oxygénée ou à la liqueur de Labarraque diluées

Dans les stomatites graves agir énergiquement par des applications locales de poudre de salvarsan ou de néo et de solution de bleu, journellement renouvelées, et si l'état général du malade le permet, pratiquer des injections intra-veineuses de doses faibles

de néo (0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 30) qui donnent souvent dans les cas graves des résultats très rapidement satisfaisants.

Il va sans dire que les soins de propreté buccale seront continués et que l'emploi du savon à l'arsénobenzol ajoutera heureusement une action thérapeutique très efficace à celle des autres topiques employés (1).

La stomatite guérie, ne reprendre le traitement mercuriel que progressivement et avec les plus grandes précautions, en évitant autant que possible les préparations insolubles.

(1) Ce savon sera efficacement employé comme savon dentifrice antiseptique de la cavité buccale dans tous les cas d'affections à spirochètes :

Accidents de la dent de sagesse ;
Gingivites et stomatites ulcéro-membraneuses ;
Stomatites et angines de Vincent ;
Pyorrhée alvéolaire, aiguë et chronique ;
Scorbut ?
Noma ?

puisque actuellement la plupart des auteurs tendent à ranger toutes ces affections dans le cadre des spirilloses ou spirochétoses (a).

a) A. Richard. Les Spirochètes de la bouche. *Thèse Paris*, 1921.
Kritchewski. Spirochétoses buccales. *In Revue de Stomatologie*, décembre 1920.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Stomatite grave. — Nécrose du maxillaire).

F..., 45 ans, papetier.

Accident primitif il y a 20 ans. 1 mois de traitement au régiment; pas d'accidents depuis jusqu'en mai 1919.

Apparition d'une plaie à l'œil droit que l'intéressé attribue à un accident de travail. Traité par des collyres sans résultat. Le malade vient consulter au service d'ophtalmologie le 18 juin 1919.

Wassermann + + + +

Traitement : 3 Néo : 0,25 — 0,30 — 0,45. 1 huile grise.

Amélioration notable de la vue. Le malade rentre chez lui et reprend 3 piqûres d'huile grise en août.

Sept. 1919. — Angine et stomatite se déclarent. Les 2 dernières molaires inférieures droites tombent. Au début d'octobre, et sur le conseil d'un médecin, le malade prend 60 pilules de protoiodure.

Le 16 décembre vient à l'hôpital pour expertise de son accident. (Service de M. Weiss). L'œil va bien. A ce moment on constate de la suppuration de la muqueuse buccale, des douleurs dans le maxillaire, augmentation du volume de l'os et œdème. M. le Professeur Weiss pratique une incision sans résultat. Les signes généraux et locaux s'aggravent.

Le 8 janvier 1920 le malade est envoyé au service de syphiligraphie à l'Hôpital Maringer. On constate : sto-

matite, glossite et ostéite du maxillaire côté droit, chute des dents, dysphagie très douloureuse.

Le traitement appliqué est le suivant :

Lavages à l'eau d'Alibour, liqueur de Labarraque, application de bleu de méthylène et attouchements au novarsénobenzol. Amélioration très lente. Un examen microscopique décèle la présence d'association fuso-spirillaire dans l'enduit pultacé.

Comme traitement général le malade reçoit : 3 néo de 0,25 à 0,45.

A la fin du mois de janvier le malade présente de la polynévrite mercurielle qui s'améliore par l'iodure de potassium.

Les lésions buccales s'améliorent peu à peu. La bouche cependant se cicatrise. Il reste une portion du maxillaire complètement à nu; avec la pince on détache un séquestre mobile et il reste une perte de substance osseuse de 4 à 5 cm. de longueur. Depuis ce moment l'état de la cavité buccale s'améliore.

En août 1920 les lésions sont complètement guéries. On reprend le traitement : 7 néo de 0,45 à 0,90×2 et 20 piqûres de biodure qui ne donnent aucune réaction buccale.

En septembre 1920 le malade quitte le service pour être dirigé sur le service d'ophtalmologie.

OBSERVATION II

Stomatite moyenne).

Louise G..., 28 ans, ménagère. Entre le 29 juin 1920.

Présente des lésions de stomatite.

En mars 1920, syphilis secondaire avec plaques muqueuse de la gorge, céphalée, roséole. Reçoit comme traitement : Néo : 0,30 — 0,30 — 0,45 et 5 piqûres d'huile grise.

Le 29 juin on constate des lésions de stomatite ulcéreuse de la langue (bords et face inférieure) et une gingivite intense.

La palpation ne recèle aucune nodosité dans les fesses.

Le traitement pratiqué a été : bleu de méthylène et néosalvarsan en attouchements, gargarismes fréquents à la solution de Labarraque. De plus, le traitement anti syphilitique est continué la malade reçoit Néo : 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60.

Sort le 31 juillet guérie incomplètement de ses accidents de la langue, présentant des plaques blanchâtres leucoplasiques.

OBSERVATION III

Stomatite grave.

Marguerite N..., 25 ans, ouvrière aux tabacs.

A reçu 54 injections d'huile grise en l'espace d'un an. Arrive au service le 3 mars avec une stomatite mercurielle grave : ulcération très étendues de la muqueuse buccale. L'haleine est fétide. La malade ne peut ni parler ni manger. Elle digère difficilement le lait qu'elle réussit à absorber.

Le lendemain il se produit une légère hémorragie de la bouche arrêtée en peu de temps. La nuit suivante les crachats restent sanglants. Une piqûre d'ergotine est pratiquée.

Malade très agitée quoique n'ayant que 37°5. Pouls affaibli. 4 injections d'huile camphrée sont pratiquées en 24 heures.

Le traitement appliqué localement consiste en pulvérisation de phénosalyle, attouchements à la glycérine iodée. Puis, bleu de méthylène et attouchements à la poudre de néo.

Le 12 mars on pratique l'ablation de nodules de mer-

cure infrafessiers. L'état général s'améliore. Le 14 mars on commence une série de piqûres de cacodylate de soude.

Le traitement local réussit. La malade avale plus facilement les liquides et commence à mieux parler.

Deux piqûres de néo : 0,15—0,30 sont pratiquées. Le 25 mars Wassermann négatif. Sort le 13 avril de l'Hôpital.

OBSERVATION IV

Stomatite moyenne.

Valentine P.... 25 ans. Entre le 16 mai. .

Se présente pour des accidents de stomatite mercurielle.

Très amaigrie. Adénite cervicale bilatérale.

Dans la bouche ulcérations sur la paroi interne des joues et au voisinage des grosses molaires.

La malade est traitée par les lavages et gargarismes au chlorate de potasse et les applications de bleu de méthylène et guérit en peu de temps.

OBSERVATION V

Stomatite moyenne).

Mme M.... 43 ans. Entrée le 20 juillet pour gangrène vulvaire.

Accident primaire inconnu.

Accidents secondaires en 1913.

En 1913, un premier traitement mercuriel par pilules.

En 1915, un deuxième traitement par piqûres de calomel et pilules.

En 1916, un troisième traitement par 6 piqûres de 606.

En 1917 et 1919. La malade reçoit de l'huile grise.

Une série de 15 piqûres est faite à intervalle de 4 jours par piqûre. On arrête 15 jours et on recommence. Ce traitement dure 2 ans, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Les 2 dernières séries sont faites sans intervalle, 30 piqûres sans interruption.

Le 5 août présente des plaques sphacéliques ulcéro-membraneuses de la face interne de la joue gauche, région de la dent de sagesse. Haleine fétide et gingivite. La malade est traitée par le bleu, l'eau oxygénée et le néo.

Une série de piqûres de néo est faite de 0,30, 0,45, 0,60×2.

OBSERVATION VI

(Stomatite moyenne).

Mme P..., 40 ans. Vient à la consultation. A présenté il y a 1 an une gomme du maxillaire inférieur droit. W+. Premier traitement au néo.

Ce traitement est suivi de piqûres d'huile grise, à raison de 1 par semaine pendant 7 mois, avec repos de 6 semaines.

Tout va bien jusqu'à la 3e piqûre de la dernière série, où la malade accuse une sensation de gêne du côté de la bouche. Elle n'en parle pas et continue le traitement des 2 piqûres qui restent. 3 semaines après la stomatite était déclarée d'une façon intense avec plaques ulcéreuses et gingivite.

D'abord soignée par lavages au chlorate de K et savon de Marseille. Sans résultat appréciable.

Nous pratiquons des attouchements au niveau des points lésés avec acide chlorhydrique à 1/5e pour atténuer la sensibilité et nous pratiquons un nettoyage soi-

gneux de la bouche et des dents. Chaque 2 jours application d'acide chlorhydrique. La malade se lave chez elle à l'eau oxygénée.

Amélioration très nette en 15 jours.

Guérison en 3 semaines.

Vu :
Le Président de Thèse,
L. SPILLMANN.

Vu :
Le Doyen,
MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Nancy,
ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. — *Zùr Baktériologie der Stomatitis und angina ulcérosa* (*Centralblatt fur Baktériol.* — Juillet 1898).

ACHARD. — *Les applications locales d'arsénobenzol dans le traitement des Spirochetoses.* — *Monde médical* (5 janv. 1914).

ACHARD et FLANDIN. — *Action du 606 sur les maladies fusospirillaires.* — *Soc. médic. des Hôp. de Paris* (28 avril 1911).

ALMKWIST. — *Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und colitis* (*Hygiea*, 1907).

— *Ueber die pathogenese der merkuriel. Colitis und Stomatitis* (*Dermatol. zeitùng*, 1906, p. 827).

BACM. — *Chemical factors in intertitial gingivitis* (*Journ. américe. méd. associat.*, Chicago, 1900).

BERGERON. — *Article Stomatites in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

BRASSE et WIRTH. — *Altérations produites pàr le mercure dans les organes qui servent à son élimination* (*Soc. de Biologie*, 1887).

CHOMPRET. — *Traitement des suppurations bucçales par les applications locales de 606* (*Revue de Stomatologie*, nov. 1902, n° 11, page 487).

— *Stomatite mercurielle traitée par le savon au sublimé Soc. de Stomatologie*, juillet 1898).

CLAUDE et DEBROVICL. — *5 cas de mort à la suite d'injections d'huile grise* (*Annales de Maladies vénér.*, sept. 1906).

CRUET. — *Stomatite membraneuse et Stomatite mercurielle* (*Revue de Stomatologie*, oct. 1913, n° 19, p. 425).

DIDAY. — *Cas de contagion de Stomatite mercurielle* (*Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1891, p. 159).

DUPOUY. — *Sur la prétendue existence de l'eau oxygénée dans la salive* (*Compte rendu Société Biologique*, Paris, 1904).

EMERY et LACAPÈRE. — *Le rôle du stomatologiste dans la syphilis* (*Revue de Stomatologie*, août 1908, p. 354).

FARÉ. — *Contribution à l'étude de la Stomatite ulcéro-membraneuse* (*Thèse* Lille, 1898).

FAVRE et DREYFOUSS. — *Stomatites fuso-spirillaires, leur traitement par le nitrate d'argent et le bleu de méthylène* (*Presse médicale*, 2 nov. 1916, n° 6).

FERNEL. — *De luis venereæ curat. perfect.* (Traduction de Le Pileur, Paris, 1879).

FLANDIN. — *Traitement local de l'angine et de la stomatite de Vincent par le 606* (*Société méd. des Hôp. de Paris*, 27 mars 1914).

FOURNIER. — *Leçons sur la stomatite mercurielle* (*Union médicale*, 15 janv. 1891, n° 7, p. 69 et 3 fév. 1891, n° 15, p. 169).

— *Etiologie de Stomatite mercurielle* (*Union médicale*, 27 nov., 4 et 11 déc. 1890).

— *Traitement de la syphilis* (1902, Rueff).

GALIPPE. — *Des gingivo-stomatites secondaires et en particulier de la stomatite mercurielle* (*Comptes rendus Sociétés Biologique de Paris*, 1905, p. 774).

GOUGEROT. — *Traitement de la syphilis en clientèle* (1918).

GOUGET. — *Le Salvarsan dans l'angine ulcéro-membraneuse* (*Presse médicale*, 2 déc. 1911).

GRENET. — *Stomatite ulcéreuse* (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1909).

GAUCHER et BORY. — *De la Stomatite gangréneuse et nécro-*

tique consécutive aux injections d'huile grise (*Bull. et Mémoires Société méd. Hôp.* Paris, 27 mai 1908).

Gaucher. — *Nécrose limitée du max. sup. à la suite d'inj. d'huile grise* (*Annales des mal. vénér.*, janv. 1907).

Hardy. — *Variation de composition de la salive dans les Stomatites mercurielles* (*Médecine moderne*, 1890, p. 310).

Herpin. — *Stomatite mercurielle fruste* (*Gazette des Hôpitaux*, n° 5, 1913).

Hugenschmitt. — *Etude expérimentale des processus de défense de la cavité buccale* (*Thèse* Paris, 1902).

Julliard. — *Thèse* Paris, 1865).

Kraüss. — *Die Erkrankungen der Mundhöhle* (*Specielle Pathologie und Therapie, von* H. Nothmagel, Wien, 1897).

Lagarde. — *La Stomatite mercurielle maladie fuso-spirillaire, Etude bactériologique et critique* (*Thèse* Paris, 1909).

Lalanne. — *L'huile grise dans le traitement de la Syphilis et la Stomatite mercurielle à forme tardive* (*Thèse* Paris, 1909).

Lambron. — *In Bulletin Société anatomique de Paris*, 1840, p. 108.

Lanz. — *La Stomatite mercurielle et la salivation* (*Thèse*, Moscou, 1895).

— (Prof. agrégé à l'Université de Moscou). — *Klinische und experimentelle Beitrage zur Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und salivation* (Berlin, 1897).

— *Le traitement de la Stomatite mercurielle* (*Annales de Dermatologie et Syphil.*, 1894, p. 331).

Lebedinsky. — *Gingivo-stomatite et polymicrobisme buccal* (*Thèse*, Paris, 1898).

Le Blaye. — *Recherches expérimentales sur la Stomatite mercurielle* (*Thèse*, Paris, 1911).

Un cas de Stomatite mercurielle traitée par l'arsénobenzol (*Progrès médical*, 1911).

— *Le diagnostic et le traitement de l'angine et de la Stomatite de Vincent* (*Progrès médical*, 1911).

Lemaire. — *L'unité des Stomatites*, Etude philosophique (*Thèse*, Paris, 1904).

Lesueur. — *Recherches sur la Stomatite ulcéro-membraneuse* (*Thèse*, Paris, 1900).

Letulle. — *La Stomatite mercurielle* (*Presse médicale*, 1907, p. 175).

— *La Stomatite mercurielle* (*Bulletins et Mémoires de la Soc. anat. de Paris*, 1907, p. 85).

Lévy (Fernand). — *Semeïologie des Stomatites* (*Gazette des Hôpitaux*, 4 juin 1904, n° 63, p. 629).

Loblowitz. — *Uber Stomatitis ulcerosa* (*Wiener medic. Wochen*, 1902).

Magnus-Möller. — *Ueber Quecksilbervergiftung und Angina bezw. Stomatitis und ulcero-gangrenosa* (*Dermat. Zeitschr.*, 1911, n°s 2, 3, 4).

Maurel. — *Le mercure diminue l'énergie leucocytaire* (*Soc. medecine Toulouse in Bulletin médical*, 1894, p. 283).

Maurel (Gérard). — *Traitement des Stomatites ulcéreuses et de l'angine de Vincent* (*Journal des praticiens*, 13 mars 1917, p. 137).

— *La Stomatite mercurielle* (*Gaz. des Hôpitaux*, sept. 1920).

Ménétrier et Bouchard. — *Stomatite intense et récidivante* (*Soc. médic. des Hôp. de Paris*, 1906, p. 674).

Merget. — *Action physiologique, toxique et thérapeutique des vapeurs mercurielles* (*Thèse*, Bordeaux, 1888).

Miller. — *Die Microorg. der Mundhöhle* (*Leipzig*, 1892).

Millian. — *Les Stomatites mercurielles frustes* (*Progrès médical*, 1909, P. 348, 513).

— *Traitement de la Stomatite mercurielle par le 606* (*Revue de Stomatol*, nov. 1912, p. 394).

Monnier. — *Contribution à l'étude pathogénique des infections dentaires* (*Thèse*, Paris, 1904).

Moutot. — *Lyon médical*, 1906, p. 687.

Netter. — *Emploi du Salvarsan dans le traitement des angines ulcérentes et du noma* (*Société médic. des Hôpitaux*, 12 juillet 1912).

Niclot et Marotte. — *Médecine moderne*, juin 1901.

Oettinger et Fiessinger. — *Intoxication mercurielle mortelle consécutive à des injections d'huile grise* (*Bulletins et Mémoires de la Société médic. des Hôp. de Paris*, 1907).

Paisseau. — *Manuel des maladies du Tube digestif*, tome I.

Pouchet. — *Analyse d'une salive de Stomatite mercurielle* (*Annales de Dermatologie*, 1882, p. 479).

Prost. — *Etude et traitement de la Stomatite mercurielle* (*Thèse*, Paris, 1902).

Plaût. — *Ueber die Geisselin bei fusiformen Bazillen* (*Centralbl. f. Bakteriol.* 27 juillet 1907).

Queyrat. — *Guérison d'une Stomatite ulcéro-membr. très grave par appl. locales de Salvarsan* (*Gazette des Hôp.*, n° 74, 30 juin 1914).

— *Stomatite et angine ulcéro-membraneuse grave compliquée de gangrène de la bouche, guérie par 2 appl. d'arséno-benzol en poudre* (*Société médic. des Hôp.*, 26 juin 1914).

Ravaut. — *Action rapide de cicatrisation d'une angine de Vincent par appl. de poudre de 606* (*Soc. fr. de Dermatologie*, 1er juin 1911).

Ramond. — *A propos du traitement de l'angine et de la Stomatite ulcéro-membraneuse* (*Progrès médic.*, 20 déc. 1916, n° 24, p. 245).

— *Ang. de Vincent et son traitement par Ag. NO^3* (*Progrès médical*, 5 mai 1916, n° 5, p. 34).

De Renzi. — *Il sublimato nella cura delle Stomatite mercuriale* (*Revista critica de Terapeutica*, 1883).

Roger (J.-A.-M.). — *Contribution à l'étude de l'arséno-benzol dans certaines affections spirillaires* (*Thèse*, Paris, 1912).

Rona.— *Zùr actiologie ùnd Pathogenese der Plaùt-Vincent-Schen angina, der Stomakace, der Stomatis mercurialis gangraenosa, ùnd der Lùngengangrän* (*Arch. fur Dermatol. und Syph.* T. LXXIV, p. 171).

Severino. — *Méthode très simple pour dépister la Stomatite menaçante* (*Semaine médicale*, 1906, XXV, p. 186).

Siredey et Mantoux. — *Stomatites ulcéro-membraneuses avec bacilles fusiformes et spirilles de Vincent traitées par le bleu de méthylène* (*Soc. médic. Hôp. de Paris*, 18 mars 1898).

Snoeck. — *Revue de Stomatologie*, 1910, p. 7 (*Un cas de contagion de Stomatite mercurielle*).

Spillmann (P. Spillmann, M. Doyon, L. Spillmann). — *Traduction avec notes de la 6e édition allemande de « La Syphilis et les Maladies vénériennes »*, par le Dr E. Finger, Professeur de Syphiligraphie à l'Université de Vienne, 1909, Alcan, Paris.

Stepanow. — *Revue de Médecine*, 8e année, n° 4, avril 1888.

Trousseau et Pidoux. — *Traité de Thérapeutique et de matière médicale*, T. I, p. 236 (1862), 7e édition.

Thibeaudeau.— *Spirochaetae in the mouth* (*Journal of americ. medic. association*, 1912, p. 416).

Vincent. — *Etiologie des Stomatites secondaires, en particulier de la Stomatite mercurielle* (*Compte rendu Société Biologie*, Paris, 1905, p. 774).

— *Recherches sur l'étiologie de la Stomatite ulcéro-membraneuse primitive, Etude clinique et bactériologique* (*Archives internat. de laryngologie*, fév. 1904).

Zuler et Petit. — *Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique* (*Société médicale des Hôp.*, Paris, 5 juillet 1912).

Debat. — *Guérison rapide des Stomatites par le novarsénobenzol* (*Odontologie*, 30 août 1919, p. 331).

TABLE

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I^er^. — HISTORIQUE 12

CHAPITRE II. — SYMPTOMATOLOGIE 18

CHAPITRE III. — PATHOGÉNIE 23

THÉORIE TOXIQUE 24

THÉORIE INFECTIEUSE 30

THÉORIE FUSO-SPIRILLAIRE 32

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT 39

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE 39

TRAITEMENT CURATIF 53

CONCLUSIONS 64

OBSERVATIONS 68

BIBLIOGRAPHIE 74

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS, Paris.